

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient															
				<b>Coefficient des travaux</b>														
				<b>Montant des soins</b>														
				<b>Début d'exécution</b>														
				<b>Fin d'exécution</b>														
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b> 	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G			<b>Montant des soins</b>
	H																	
	25533412	21433552																
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
G																		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b>															
			<b>Fin d'exécution</b>															
Visa et cachet du praticien attestant le <u>devis</u>		Visa et cachet du praticien attestant l' <u>exécution</u>																



P17/0057919

DATE DE DEPOT

/ /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 648	Signature de l'adherent
Nom & Prénom <u>CHADIA Abdelcam</u>			
Fonction <u>Retraité</u>	Phones <u>0667273639</u>		
Mail <u>Chadiaz@yahoo.fr</u>			
MEDECIN	Prénom du patient <u>C / HSADA ABDESSELAM</u>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date <u>23/07/19</u>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>C</u>			<u>300,00</u>
PHARMACIE	Date <u>23/07/2019</u>		
Montant de la facture		<u>1905.20</u>	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET		CACHET	

مصحة  
المدينة  
CLINIQUE  
AL MADINA

# مركز أمراض الدم والأنكولوجيا Centre d'Hématologie & Oncologie

**Dr. Saadia ZAFAD**

Professeur Agrégée  
Hématologie Clinique  
Adultes - Enfants  
Oncologie Pédiatrique  
Greffe de Moelle

الدكتورة السعدية زفاض

أستاذة مبرزة  
أمراض الدم  
البالغين و الأطفال  
سرطان الطفل  
زراعة النخاع

Casablanca, Le :

23 juillet 2019

CHBADA Abdesslam

PHARMACIE DE LA WILAYA  
ZEKRI Abdelati  
Docteur en Pharmacie  
222 Bd Oued Molouya El Oulfa  
Casablanca - Tél: 0522 90 51 13  
ICE: 001573273000063

1/ VALEX 500 MG COMPRIME ENROBE

1 cp/j x 1 mois

2/ ZYLORIC 100 MG COMPRIME

1 cp/j x 1 mois

LOT 190343  
EXP 02 2023  
PPV 45.70 DH

Dr. Saadia ZAFAD  
Professeur Agrégée  
Hématologie - Oncologie  
CLINIQUE AL MADINA  
Tél: 05 22 77 77 40 à 49  
Gsm: 06 62 54 23 08

Centre d'Hématologie et Oncologie - Clinique Al Madina

Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard (en face du Lycée le Cèdre), Quartier Palmiers

Tél : 05 22.77.77.40 à 49 (LG) - Fax: 05 22.23.06.66 - E-mail : szafad@hotmail.com - CASABLANCA